UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1950-1951 N° 141

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA THÉRAPEUTIQUE TISSULAIRE DANS LE TRAITEMENT DES MYOPIES GRAVES

(Résultats obtenus à l'Hôpital Maritime de SIDI-ABDALLAH et à l'Hôpital Saint-André de BORDEAUX)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 Juillet 1951

par

Jean-René JOIGNY

Élève de l'École Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales
Diplômé de Médecine Aéronautique
Diplômé de Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports

né à PARIS (XIV°), le 17 Février 1927

Examinateurs de la Thèse	MM. BEAUVIEUX, Professeur	Président
	VILLEMIN, Professeur	Juges
	DUFOUR, Professeur	
	BESSIÈRE, Agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE Eugène THOMAS

59, Cours de Luze

1951

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538106_0053

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1950-1951 N° 141

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA THÉRAPEUTIQUE TISSULAIRE DANS LE TRAITEMENT DES MYOPIES GRAVES

(Résultats obtenus à l'Hôpital Maritime de SIDI-ABDALLAH et à l'Hôpital Saint-André de BORDEAUX)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 Juillet 1951

par

Jean-René JOIGNY

Élève de l'École Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales
Diplômé de Médecine Aéronautique
Diplômé de Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports

né à PARIS (XIV°), le 17 Février 1927

Examinateurs de la Thèse :

MM. BEAUVIEUX, Professeur — Président
VILLEMIN, Professeur
DUFOUR, Professeur
BESSIÈRE, Agrégé — Juges

BORDEAUX

IMPRIMERIE Eugène THOMAS

59, Cours de Luze

1951

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen Honoraire : M. DUPERIE
Doyen : M. PORTMANN. — Assesseur : M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DENIGES, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBOEUF.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	DUPERIE.
id.	CREYX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
id.	MASSE.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.
Anatomie pathol. et micros. clin.	DE GRAILLY.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	MAYER.
Hygiène et clin. de la tuberculose.	PIECHAUD.
Médecine légale et méd. du travail.	DERVILLEE.
Electroradiol. et clin. d'élec. médic.	REBOUL.
Chimie	CHELLE.
Matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clin. méd. des malad. des enfants.	FONTAN.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clinique des maladies infectieuses.	N. .
Chimie biologique et médicale	TAYEAU.
Physique méd. et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Thérapeutique	BROUSTET.

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL

MESNARD (Pharmacie).

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie), MESNARD (Pharmacie), M. BLANQUET (Physique pharmaceutique).

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL.
Physiologie	Mlle ROUGIER.
Bactériologie	MOUSTARDIER.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE.
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER.
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX.

AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Médecine générale	SARIC.
id.	DUBARRY.
id.	TRAISSAC.
id.	BERGOUIGNAN.
id.	LENG-LEVY.
Chirurgie générale	POUYANNE.
id.	LAUMONIER.
id.	CHAVANNAZ.
Chimie biologique	N...
Obstétrique	MAYON.
id	CHASTRUSSE.
Ophtalmologie	BESSIERE.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Histologie	N...
Pédiatrie et puériculture	VERGER.
Médecine légale et méd. du travail.	L'EPEE.
Electro-radiologie	LACHAPELE
Odonto-stomatologie	MARONNEAUD.
Urologie	LANGE.

COURS COMPLEMENTAIRES

	MM.
Médecine opératoire	DUFOUR.
Accouchements	CHASTRUSSE.
Puériculture	PERY.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
id.	COUSTOU.
Anatomie	RIGAUD.
Chimie minérale	BABIN.
Cryptogamie	LAUBIE.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Organographie et physiol. végétale.	TEMPERE.
Chimie biologique	NEUZIL.
Pathologie chirurgicale	LAUMONNIER.
id.	VILLAR.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.
Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PERE ET A MA MERE

Comme témoignage d'affection et de profonde reconnaissance.

A MA FIANCEE

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Médecin Principal L. VIAUD

Ophtalmologiste et Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux de la Marine,
Ancien Interne des Hôpitaux,
Lauréat des Hôpitaux de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré et nous a aidé à mettre au point ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A Madame le Docteur ROUGIER

Chef de Clinique-Adjoint à la Clinique d'Ophtalmologie de l'Hôpital Saint-André.

Pour la remercier de son aide bénévole.

A Monsieur le Médecin Général de 2e Classe GALIACY

Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies.
Commandeur de la Légion d'Honneur.
Médaille de la Résistance.
Croix de Guerre.

A Monsieur le Médecin en Chef de 1re Classe SIMON

Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies.
Médecin des Hôpitaux de la Marine.
Officier de la Légion d'Honneur.
Officier d'Académie.
Médaille d'Argent de l'Education Physique.

A TOUS NOS PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur VILLEMIN

Professeur d'Anatomie,
Officier de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction Publique.
Officier de Sainte-Anne de Russie.

Monsieur le Professeur DUFOUR

Chef de Travaux Anatomiques,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur.
Croix de Guerre.
Officier d'Académie.

Monsieur le Professeur Agrégé BESSIERE

Ophtalmologiste des Hôpitaux,
Officier d'Académie.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. BEAUVIEUX

Professeur de Clinique Ophtalmologique,
Ophtalmologiste des Hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'Honneur.
Officier de l'Instruction Publique.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la Présidence de notre thèse : Hommage de reconnaissance.

INTRODUCTION

Il n'est plus question actuellement de faire ou tenter de faire de la thérapeutique tissulaire une panacée universelle.

A Filatov et son école revient du moins le mérite d'avoir trouvé une méthode nouvelle, et même si l'on peut en discuter les applications, la pratique, les effets, les résultats obtenus permettent de fonder sur elle des espoirs limités, mais certains. Ce sont justement ces limites qu'on cherche actuellement à déterminer.

De nombreux travaux accomplis depuis quelques années en Europe et en Amérique, en dehors des recherches soviétiques, ont tendance à montrer qu'en thérapeutique générale le domaine de ce traitement est encore bien imprécis.

Aussi bien en ophtalmologie on est amené à en réduire de plus en plus le terrain. Dans tous les cas, certains auteurs rapportent des dénouements inespérés, surprenants, d'autres ne parlent que d'échecs.

Il faut en effet tenir compte de la grande variété des techniques employées, et en outre, de l'interprétation des résultats, « l'équation personnelle » du praticien ayant ici toute sa valeur, ce qui fait presque de chaque cas un cas d'espèce; considérer aussi la part subjective apportée par le malade, fonction de son psychisme, de son développement intellectuel, les réactions observées n'étant pas toujours réelles et par conséquent durables; en tout cas, ce dernier élément doit retenir une attention particulière, la plupart des observations tendant à montrer que la thérapeutique tissulaire entraîne des modifications importantes de ce côté. Nous aurons maintes fois l'occasion de parler d' « euphorie » chez nos malades.

Si la thérapeutique tissulaire fut essayée dans à peu près tous les domaines accessibles au praticien, on peut dire qu'en ophtalmologie, elle eut ces dernières années une vogue sans précédent. Nous nous proposons ici d'apporter une modeste contribution à l'étude de cette thérapeutique, plus particulièrement dans le traitement des myopies graves.

Nous essaierons surtout de décrire une partie de l'activité du Service d'Ophtalmologie à l'Hôpital Maritime de Sidi Abdallah (Tunisie), dirigé actuellement par M. le Médecin-principal L. Viaud, qui traite depuis trois ans de nombreux cas. Ceux que nous rapportons sont choisis parmi les mieux contrôlés; bien entendu, il en existe d'autres plus ou moins bons, mais la statistique par laquelle nous concluons est le reflet à peu près fidèle de la réalité.

M. le Professeur Beauvieux eut en outre l'extrême obligeance de nous fournir quelques observations précises prises dans son service de l'Hôpital Saint-André, afin d'étoffer ce travail.

Nous nous efforcerons d'apprécier d'une manière objective et de comparer les résultats obtenus de part et d'autre. L'intérêt de cette discussion réside dans le fait que les techniques employées sont un peu différentes, bien que basées sur un principe identique : l'utilisation du placenta frais selon la méthode préconisée par le Professeur Renard, à Paris.

DÉFINITION

Nous adopterons la définition donnée par le Professeur agrégé Renard, au cours de la réunion des Sociétés d'Ophtalmologie de France, à Nancy, les 20 et 21 mai 1950.

« Thérapeutique par les tissus », nous dit-il, « signifie le traitement de certaines affections oculaires par l'introduction dans l'organisme humain de produits obtenus sous forme d'implants de tissus humains, animaux ou végétaux. » Cette définition, un peu trop large, permet ainsi de considérer toutes les techniques préconisées depuis les travaux de Filatov et son école.

HISTORIQUE

Ceci nous amène à faire une brève historique.

Bien des rapports et thèses ont été rédigés à ce sujet. Cependant il serait peut-être utile de rappeler surtout l'évolution des techniques utilisées. En effet, les théories de V.-P. Filatov ont trouvé plus ou moins de crédit en Europe et ailleurs, et les vues sur la question ne cessent d'évoluer, considérations nouvelles entraînant des pratiques nouvelles.

En 1933, V.-P. Filatov constate l'éclaircissement de taies de cornées au voisinage du greffon prélevé au cadavre humain frais et congelé.

Il pense alors peu à peu à un fait général. Déjà Carrel avait remarqué qu'un court refroidissement d'une culture caduque la faisait repartir. Plus tard, Morosov faisait les mêmes constatations.

Filatov émet son hypothèse princeps : tout tissu vivant, animal, végétal, humain, maintenu dans un état de survie, mais placé dans des conditions anormales de vie, se défend en produisant des substances, les stimulants biogènes, qui, introduits dans un organisme vivant, animal, végétal, ou humain, en excitent les réactions vitales. Il pose comme principe de la thérapeutique tissulaire : introduire dans l'organisme d'un malade, dans une poche sous-cutanée, faite chirurgicalement, un morceau de tissu quelconque, humain ou animal ou végétal, conservé pendant quelque temps dans un état de survivance. Il ajoute que des extraits aqueux stérilisés à 120° peuvent être utilisés.

Il traite alors de nombreux malades et publie des statistiques étonnantes.

Dans le domaine des chorio-rétinites myopiques, citons les travaux de Dragominietski; il publie en 1945 des cas traités par lavements de placenta conservé à 2° sept à dix-huit jours avec 76 % de bons résultats.

Filatov et son école utilisent de nombreux éléments naturels, la peau de cadavre, le placenta, le cerveau, le tissu nerveux, le foie humain, la feuille d'aloès, le limon, la boue de marais, le foie de poisson, l'huile de foie de morue, le tchernozion, etc..., et même les feuilles d'automne.

Ils décrivent une série de facteurs physico-chimiques capables de déterminer la formation de stimulants biogènes :

— des conditions défavorables, la basse température (+ 3° à + 4°), l'obscurité pour les plantes, les rayons X, les agents chimiques divers, la haute température, l'énergie des radiations (pouvoir rayonnant) actuellement à l'étude. (V.-P. Filatov).

— des facteurs défavorables : lésions traumatiques, irradiations U. V. ou X sur des organismes entiers (D.-G. Bouchmich, Erchkovitch), injection de sérum antiréticulocytaire-cytotoxique (Volokitenko) ; conditions physiologiques, travail musculaire intense, course forcée (V.-P. Filatov, Fischer, Erchkovitch, Chevalev, Kachouk).

D'où une grande variété de thérapeutiques.

Nous avons cité Dragominietski.

Filatov utilisait surtout placenta, peau de cadavre, feuille d'aloès.

Zaïatz, en 1945, utilise les injections d'huile de foie de morue conservée sous-conjonctivales, sans préciser leur tolérance, avec 90 % d'améliorations.

Déjà en 1940, Skorodinskaïa utilisait l'huile de foie de morue en injections intra-musculaires : « 46 myopes, dont 17 % avaient une myopie supérieure à 13 D., une acuité de 0,2, ont été soumis à 10 à 20 piqûres d'huile de foie de morue. On a constaté dans tous les cas une amélioration du fond de l'œil, un agrandissement du champ visuel. La vision passe dans un cas de 0,4 à 0,12 avec disparition d'un scotome. L'amélioration apparaît dès la quatrième ou

cinquième injection, augmente jusqu'à la huitième ou neuvième et se stabilise ensuite.

Le résultat est d'autant meilleur que la myopie est plus forte et les altérations du fond d'œil plus importantes. »

Dès lors de nombreux auteurs, en Europe, cherchèrent à pratiquer cette dernière méthode. Ils durent l'abandonner rapidement.

Tous décrivent des accidents d'intolérance traduits surtout par des douleurs violentes et des abcès au point d'injection.

Outre l'huile de foie de morue, l'école russe utilise l'aloès, soit aloès entiers exposés aux R. X (V.-V. Skorodinskaïa), soit extraits d'aloès conservé (S.-P. Scriptchienko), mais aussi, et à une grande échelle, le placenta et ses dérivés (extraits aqueux, le placenta sec), soit le placenta expulsé par délivrance naturelle (Filatov), soit le placenta de césariennes tirés d'œufs non ouverts (Tretzakov).

Le placenta bénéficia d'une grande faveur à cause de sa complexité biochimique, sa richesse en composés divers, en produits hormonaux, sa simplicité de structure.

Evidemment il eût été plus avantageux de manipuler des placentas jeunes, aux réactions vitales plus efficaces, mais la difficulté de s'en procurer arrêta les expériences.

L'amnios conservé eut aussi des adeptes.

Enfin citons certaines associations, telles que le placenta-aloès utilisé parfois.

Techniques de Filatov.

Nous ne nous y attarderons pas, elles ont été décrites dans maints ouvrages. Il s'agit de produits conservés sept jours à la glacière (+ 4°) — production de biostimulines, chauffés ensemble à 80° une heure, puis autoclavés à 120° une heure dans des ampoules. Peuvent être conservés ainsi une dizaine de jours.

Implantations :

Placenta : fragments de 2 x 3 x 2 mm³. Incision de la conjonctive dans le cul-de-sac inférieur, formation d'une poche au ciseau, introduction à la pince de l'implant.

Filatov rejette la suture au fil, qu'il juge inutile. Il procède en principe à une implantation, mais précise qu'on peut la renouveler plusieurs fois.

Il semble préférer dans le traitement des affections oculaires l'implantation sous-conjonctivale à la sous-cutanée abdominale.

Tarse, sclérotique, cornée : sous-conjonctivales, ou quelquefois sous-cutanées (à la tempe).

Peau de cadavre, ou peau prélevée à un membre amputé (auto-greffe) sous-conjonctivales ou sous-cutanées.

Amnios : sous-conjonctivales ou sous-cutanées.

Etc...

Injections :

Solution aqueuse de filtrats de placenta par exemple, sous-cutanée, intra-musculaire ou sous-conjonctivale, quelquefois même dans l'orbite.

Huile de foie de morue : 10 à 15 injections intra-musculaires ou sous-conjonctivales.

Extrait aqueux d'aloès : 10 à 15 injections intra-musculaires ou sous-conjonctivales.

Association de :

— inclusions,

— injections d'extraits.

Lavements :

Avec extraits aqueux.

Placenta sec :

Son emploi est préconisé non par Filatov, mais par Belz, à Lyon.

Placenta desséché qu'on réhydrate avant usage.

Evolution.

Vers 1945, la technique paraissait bien au point, les statistiques publiées intriguaient tout le monde, et bien des auteurs cherchèrent à pratiquer la thérapeutique Filatov dans leur clientèle.

Hors de Russie, un des premiers à l'expérimenter fut Gordon, aux Etats-Unis. Il traita surtout des rétinites pigmentaires, et lança la première note pessimiste. Il considérait ses résultats comme des échecs. Il avait pourtant appliqué à la lettre la méthode préconisée par les auteurs russes.

L'opinion de Renard et Bregeat.

Les théories de Filatov ne semblaient pas reposer sur des bases bien stables. Le Professeur Renard étudiant ses arguments ne put les considérer comme absolument inattaquables. L'existence des biostimulines reste une hypothèse.

En 1937, Inglich, Balmer et Haagen-Emit ont extrait des fèves de l'acide dicarbonique qui stimule la guérison des blessures ; ils le dénomment « acide traumatique ». I.-I. Chikalo le trouve dans différentes plantes sous forme d'acide acétique et malique; K.-P. Petrov dans le foie de poisson conservé sous forme d'acide oxalique; V.-A. Biber, dans les feuilles d'aloès conservées : acides cynnamique, oxycynnamique, coumarique. Mais les différents auteurs en arrivent à considérer qu'il ne s'agit que d'un groupe de stimulines, bien d'autres restant à découvrir.

Renard controverse les constatations de Filatov, et en donne d'autres explications aussi plausibles. Les acides traumatiques, la « traumatine », de Loofbourow, n'ont jamais été décelés ailleurs que dans le domaine végétal. Aucune expérience démonstrative n'a pu être faite sur du matériel animal.

La modification des constantes biologiques alléguée ne semble pas avoir été retrouvée par la suite. Algan l'affirme dans sa thèse.

Renard et Brégeat partirent d'une autre idée lorsqu'en 1946 ils inaugurèrent une nouvelle méthode : la thérapeutique tissulaire par le placenta frais, pénicilliné.

Le placenta frais contient des facteurs de stimulation certains qu'on apporte ainsi à l'organisme, hormones, vitamines, facteurs de croissance nécessaires à l'embryon. Toutes substances que ne contient pas le placenta Filatov, puisqu'elles sont détruites par l'autoclave.

Cependant on ne peut nier l'activité du placenta Filatov; actuellement encore il existe de nombreux partisans de ce procédé.

Nous y reviendrons plus loin.

C'est ce qui amène Renard à ses théories. L'implant agirait pas excitation du tissu réticulo-endothélial voisin, comme dans le cas d'injection de métaux colloïdaux, de sérum salé hypertonique, de solution faible de cyanure de mercure, etc... Tous ces produits, utilisés de longue date, amenaient une variété de conclusions comparable à celle apportée précisément par les inclusions de placenta conservé.

Le placenta frais présente de son côté différents avantages; outre la présence des substances citées plus haut, les faits cliniques semblent démontrer une influence sur la région diencéphalique et l'hypophyse (cf. amélioration de l'état général, réveil des fonctions génitales, amendement de quelques rétinites pigmentaires, maladies dont les relations diencéphaliques sont certaines, et le pourcentage de guérisons est ici supérieur à celui obtenu avec la technique Filatov).

Il faut noter en outre une action sur le tonus vasomoteur; ce fait paraît démontré par les expériences de Raverdino en Italie; il nota une hypotension artérielle rétinienne dans la majorité des cas; de même chez des hypertendus

généraux. Mais ici Renard suppose que l'action d'une vitamine A n'est pas invraisemblable, se référant aux travaux de Lecocq en France.

Technique de Renard et Bregeat.

On utilise le placenta frais après avoir vérifié les faits suivants : réaction de B.W. négative, pas d'infections générales, pas de complications obstétricales chez la parturiente. On prélève des fragments de la grosseur d'une noisette placés dans un flacon stérile contenant une solution de pénicilline à 100.000 unités pour 10 cc^3; mise à la glacière pendant une heure à vingt-quatre heures.

Implantation :

On découpe des cubes de 4 à 5 mm. de côté qu'on arrose avec la moitié du contenu d'un flacon de pénicilline. Ensuite on pratique une anesthésie locale à la novocaïne par instillation, une incision et la formation d'une logette de 2 cm. de profondeur dans la conjonctive à l'angle supéro-externe de l'œil, et l'on met en place le fragment avec le manche d'un instrument quelconque.

En somme, l'intervention diffère peu de celle de Filatov. Cependant Renard stipule que la suture en surjet sans nœud est indispensable, évitant l'infection par hernie d'un débris placentaire.

On retire le surjet deux ou trois jours après.

Renard conseille une seule implantation en général. Il cite R. de Saint-Martin qui la renouvelle cinq fois en inclusions hebdomadaires, sans doute parce qu'il utilise de petits fragments pour éviter la suture.

L'amélioration survient dix à vingt jours après.

Ajoutons, dit-il, qu'il faut s'en tenir à la voie sous-conjonctivale.

Extraits :

L'auteur n'utilise pratiquement pas les injections sous-conjonctivales, très douloureuses; ni les injections sous-cutanées, douloureuses également, malgré l'adjonction de novocaïne, avec en outre des risques d'abcédation.

Quelques modifications :

Elles sont d'un intérêt pratique et tendent à faciliter l'intervention.

Ainsi nous devons citer le trépan-trocart de Ch. Thomas (Nancy), la seringue de Hudelo-Ponse (Paris).

M. le Médecin-Principal Viaud, ne disposant pas d'un matériel perfectionné, a imaginé de procéder à la mise en place avec un tube de verre contenant l'implant, ce dernier étant poussé ensuite dans la logette conjonctivale par une tige de verre formant piston.

Ainsi débute en France une ère nouvelle pour la thérapeutique tissulaire. Mais Renard et Brégeat, d'emblée, reconnaissent leur manque d'enthousiasme; ils publient, en 1947, leurs trente premiers cas de myopie forte ainsi traités, et ils n'ont constaté une amélioration que sur quelques malades seulement. Encore se demandent-ils si elle ne s'est pas produite spontanément.

Cependant ils n'en poursuivent pas moins leur tâche: en 1950, ils rapportent 33 cas, avec 42 % de bons résultats, 50 % d'améliorations douteuses, 8 % d'échecs seulement.

Entre temps s'est ouvert un débat entre partisans de la thérapie tissulaire selon Filatov et les adeptes de Renard et Brégeat.

Tranchera-t-on le différend ?

Les « échecs » de Gordon n'étaient que relatifs; en effet, il refusait de retenir comme appréciable une amélioration inférieure à 1/10e (n'oublions pas qu'il soignait des rétinites pigmentaires) et surtout il tenait compte avant tout des

résultats objectifs, qui, on le sait maintenant, sont un des points faibles de la thérapeutique tissulaire.

Conti, en 1948, dans une communication à la Société Tosco-Ombro-Emilienne d'Ophtalmologie est encore plus pessimiste; il rapporte des aggravations nettes dans tous les cas de myopie traités. Cependant il reste jusqu'à maintenant le seul à émettre un avis aussi sombre.

On reprocha surtout à la T.T. (1) des phénomènes importants d'intolérance, en particulier des œdèmes géants des paupières, des éruptions urticariennes, du prurit, véritables chocs anaphylactiques; mis à part les injections douloureuses peu pratiquées et les abcès fessiers fréquents lorsqu'on utilise l'huile de foie de morue.

R. de Saint-Martin, en 1948, considère que les accidents d'intolérance sont dûs tantôt au placenta conservé, tantôt au placenta frais dans les mêmes proportions.

Il ne fait pas de différence, et pense que certains placentas peuvent contenir des substances nuisibles dont certains autres sont dépourvus. Il se base sur ce fait qu'il a trouvé les réactions chez des malades d'une même série traités avec des implants de même origine.

Le Professeur Grancini (Varese) prouve expérimentalement, en 1950, la nocivité du placenta frais. Il procéda aux expériences suivantes :

1° *Essai de sensibilisation de cobayes :*

a) au placenta Filatov par introduction dans le péritoine.

b) au placenta frais, par introduction dans le péritoine.

c) animaux témoins.

2° *Injection intra-cardiaque,* au bout de vingt-cinq jours, de placenta frais ou placenta Filatov.

3° *Résultats :*

a) + placenta frais : syndrome toxique et mort.
+ placenta Filatov : rien.
c) + placenta frais : mort en syndrome toxique.
b) + placenta Filatov : — troubles très légers.
+ placenta frais : mort brutale par choc anaphylactique.
c) + placenta Filatov : rien.

4° *Conclusion :*

Le placenta Filatov n'est anaphylactisant ni toxique. A effet thérapeutique égal, utiliser le placenta Filatov.

Desvignes (Paris), traita dix myopies fortes au placenta frais et obtint cinq améliorations légères *objectives*. Il signala un choc anaphylactique et un œdème géant plus urticaire à la suite d'injections d'extraits placentaires.

Fay-Keller, dans sa thèse (Paris), utilisant le placenta frais, cite également quelques incidents du même ordre.

Mercier (Tours), ayant essayé les deux thérapeutiques, estime que le placenta Filatov est moins dangereux que le placenta frais à résultats égaux.

M. le Médecin-Principal Viaud (Sidi-Abdallah), sur plus de cent malades traités par le placenta frais, a constaté seulement deux réactions locales de faible importance et un œdème géant des paupières chez une femme en période menstruelle.

Le Professeur Renard a signalé quelques accidents inflammatoires, mais ne les a pas retrouvés depuis en utilisant des implants ayant séjourné assez longtemps dans la pénicilline, au moins une heure; il juge également que de cette façon « on diminue le risque de choc anaphylactique, le tissu perdant son individualité ». En outre, il se contente, en pratique, d'une seule implantation avec fragment assez gros, de façon à ne pas devoir la renouveler avant huit à douze mois.

M. le Professeur Beauvieux, appliquant strictement cette méthode, n'a jamais eu d'incidents.

Si bien que de plus en plus on peut réduire les critiques à l'égard de l'utilisation du placenta frais. Pourtant, il reste toujours, et sans doute il restera longtemps encore, des adeptes des deux écoles; chacun apporte ses statistiques plus ou moins bonnes et il est difficile, même pour un dilettante, d'en tirer des conclusions définitives.

Quelques statistiques.

Ainsi, sous l'égide de V.-P. Filatov, Dragominietski et Skorodinskaïa, en 1947, rapportaient 89 % de bons résultats.

Renard réunit à la même époque quelques cas traités par le placenta autoclavé, et trouve 27 % de bons résultats, 19 % de cas douteux, soit, au mieux, environ 45 % d'améliorations.

R. de Saint-Martin et Jean Blum, avec le même traitement, ont 80 % d'améliorations, dont 65 % certaines; avec le placenta frais, dans une première série 80 %, puis dans une seconde 67 % d'améliorations.

Dollfus (Paris), avec le placenta conservé, rapporte 40 % d'améliorations en 1950.

François (Gand), traite 37 cas de choroïdose myopique avec le placenta frais ou le placenta conservé, ne cite aucune amélioration objective, mais simplement des résultats subjectifs.

Coppez (Bruxelles), en 1950, a traité plus de 400 cas divers selon la méthode Renard, avec 82 % d'échecs et aucune amélioration objective.

Dejean et Gassenc (Montpellier) ont essayé les extraits d'aloès et l'huile de foie de morue et concluent qu'ils n'obtiennent pas de résultats utiles et que les injections sont mal tolérées. Avec les inclusions de placenta, surtout le

placenta frais, ils obtiennent des améliorations visuelles.

Dans l'ensemble, il faut remarquer que toutes ces statistiques ne signifient rien si on ne considère pas la façon dont on les a établies : ainsi, les auteurs belges ne tiennent pas compte des améliorations subjectives. D'autres, au contraire, les incluent dans les bons résultats. Si l'on fait la part de toutes ces réserves, on peut s'apercevoir aisément que les résultats obtenus avec les deux méthodes présentent une grande analogie. L'avis, d'ailleurs, a été émis par la plupart des auteurs employant concurremment les deux techniques, nous en avons parlé plus haut.

Il faut noter un autre fait : on tend justement à l'heure actuelle à faire ressortir la valeur des phénomènes subjectifs. En effet, on trouvera rarement un malade, traité par la thérapeutique tissulaire, qui ne signale pas une sorte de remaniement général en lui-même, caractérisé par une sensation de bien-être, de forme physique, d'euphorie; en outre, comme le fait remarquer encore Sedan (Marseille), on peut noter une nette amélioration de la vision des couleurs, modification contrôlée dans bien des observations.

Ainsi s'expliquent, d'une part, certaines erreurs d'interprétation; d'autre part, la satisfaction des sujets traités, qui bénéficient d'un certain « confort visuel » leur donnant l'impression d'une vue meilleure.

Nous réunissons dans un tableau quelques statistiques qui traduisent strictement l'interprétation de leurs auteurs.

Ainsi on remarquera que les auteurs russes et certains auteurs français ne font pas deux chapitres dans la rubrique « améliorations » et ne mettent pas à part des cas douteux ou des améliorations trop légères.

		Nombre des cas	Améliorations certaines	Cas douteux	Echecs
Placenta FILATOV	FILATOV myopies (1947)	109	98 o/o		2 o/o
	DRAGOMINIETSKI SKORODINSKAiA cas divers (1947)	119	89 o/o		11 o/o
	RENARD myopies (1948)	418	27 o/o	19 o/o	54 o/o
	R. de SAINT-MARTIN J. BLUM cas divers (1948)	77	65 o/o	17 o/o	18 o/o
	FROMAGER GIFFO myopies graves (1949)	12	92 o/o		8 o/o
	DOLLFUS cas divers (1950)	47	19 o/o	21 o/o	60 o/o
	BELZ myopies (1949)		50 o/o	24 o/o	26 o/o
Placenta Frais	R. de SAINT-MARTIN myopies graves (1948)	30	80 o/o		20 o/o
	R. de SAINT-MARTIN myopies graves (1949)	48	22 o/o	33 o/o	45 o/o
	RENARD myopies (1947)	119	29 o/o	12 o/o	59 o/o
	RENARD myopies (1948)	33	39 o/o	1 o/o	60 o/o
	DURIX myopies (1949)	13	61,5 o/o		38,5 o/o
	DESVIGNES myopies fortes (1950)	10	50 o/o		50 o/o
	COPPEZ myopies (1950)	44	7 o/o	25 o/o	68 o/o

Indications de la Thérapeutique Tissulaire

A la lumière des travaux les plus récents, menés tant en France qu'en Belgique, on ne peut encore sérier avec précision les indications thérapeutiques de ce traitement. Certains, à un moment, ont cru pouvoir le faire, mais la dernière réunion des Sociétés d'Ophtalmologie de France permet de penser que l'on doit de plus en plus se cantonner dans une sage réserve.

En 1949, Algan, dans sa thèse, démontre qu'il existe une hiérarchie des indications; dans l'ordre :

1° Segment antérieur et cornée :

a) Stade aigu.

b) Stade chronique.

2° Segment postérieur.

Pallas (Metz) constate l'action favorable de la thérapeutique tissulaire dans le traitement des myopies progressives, surtout chez les sujets jeunes à maladie récente (S. O. F., 1950).

R. de Saint-Martin, dans la même réunion, met le doigt sur notre ignorance actuelle : le meilleur tissu à utiliser, la bonne posologie, les indications précises, le mécanisme d'action, voilà, dit-il, autant d'inconnues.

Sarrazin (Nice) cite de bons résultats dans le traitement des kératites et des myopies malignes.

Mercier (Tours) estime que pour les chorio-rétinites myopiques la thérapeutique tissulaire n'est pas supérieure au traitement classique par le mercure ou la dionine.

Valière-Vialeix (Limoges) trouve qu'il obtient des résultats douteux dans les affections du segment antérieur; par contre, très encourageants dans les choroïdoses myopiques.

Le Professeur Renard retient comme indications la rétinite pigmentaire, les affections cornéennes, les myopies progressives, et rejette les myopies légères non évolutives à correction facile.

Dans l'ensemble, les auteurs conseillent la prudence, et ne négligent pas les traitements classiques.

Quelques faits cliniques inédits

Nous avons tenté, dans les précédents chapitres, de résumer les différents travaux accomplis en ophtalmologie concernant la thérapeutique tissulaire. Il n'était pas inutile de rappeler certaines controverses qui sont un trait caractéristique du moment en cette matière.

Maintenant, nous réunissons quelques observations pour montrer que même à l'heure présente la thérapeutique tissulaire n'a pas perdu tous ses droits.

Comme nous l'avons dit au début, il s'agit de myopies graves, choroïdoses myopiques accentuées, chorio-rétinites progressives, myopies malignes. C'est-à-dire des cas où la simple correction s'est révélée inefficace; étant donné que le traitement classique n'avait pas progressé depuis plusieurs années, on était en droit d'espérer un résultat quel qu'il soit d'une technique nouvelle ayant déjà suscité l'intérêt de nombreux praticiens, et il était normal de penser, après les premières discussions, que la thérapie tissulaire, pratiquement inoffensive, pouvait apporter des améliorations.

I. - Hôpital Maritime de Sidi-Abdallah (Tunisie).

Le service d'Y.O.R.L. est dirigé depuis plusieurs années par M. le Médecin-Principal L. Viaud, qui, voici trois ans, commença ses essais de thérapeutique tissulaire.

Il n'utilisa jamais l'aloès, ni la peau de cadavre, les différents tissus conservés.

Mais au début de 1949, il fit quelques tentatives de traitement avec une huile de foie de morue préparée par la pharmacie de l'hôpital, pure, autoclavée, et les abandonna par suite de phénomènes d'intolérance grave, en particulier des douleurs violentes et des abcès dans les fesses.

M. L. Viaud employa généralement les inclusions sous-conjonctivales de placenta frais, selon le procédé suivant (d'après Amsler) :

— Matériel : placenta recueilli chez une femme dont le B.W. est négatif, placé dans un bocal stérile, mis à la glacière à + 3° ou + 4° pendant vingt-quatre heures.

— Technique : On découpe aux ciseaux de petits fragments de 1 cm^3 prélevés au milieu des cotylédons, puis on les place dans une solution de pénicilline à 100.000 U. pour 10 cc.

On remet en glacière pendant vingt-quatre à trente-six heures; au moment de l'utilisation, le fragment est arrosé de pénicilline (solution courante).

— Intervention : Anesthésie locale par instillation de quelques gouttes de butelline; dans le cul-de-sac supérieur petite incision et formation d'une logette.

Inclusion au moyen d'une seringue de verre improvisée (cf. plus haut). Pas de suture.

En même temps, M. Viaud met en route une série d'injections hebdomadaires d'extraits placentaires spécialité Placentafil ou extrait S.O.C.A.; au total au moins trente injections.

Une inclusion par mois en moyenne.

M. le Médecin Principal Viaud est partisan de plusieurs implantations. Il se pose comme principe que s'il n'obtient aucune amélioration après la quatrième inclusion, il cesse le traitement. Le plus souvent, l'effet du traitement se fait

sentir à la deuxième ou troisième inclusion.

Ainsi, cette technique n'est qu'une variante de la méthode préconisée par Renard et Brégeat. Elle en diffère par le nombre plus grand d'implantations et l'absence de suture.

Voici maintenant quelques résultats. A noter le fait que tous sont donnés *avec la même correction qu'à l'origine*.

Observation N° 1

Désiré Aq...., 55 ans (Bizerte).

V. : O. D. G. 1/20 sans correction.

V. : O. D. 1/10 avec O. D. G. - 7 D.

V. : O. G. 2/10.

Lésions des F. O. : choroïdose myopique, avec atrophie rétinienne plus importante à droite.

Rétrécissement considérable des champs visuels (à environ 30° dans tous les azimuths).

Traitement :

A la date du 19 décembre 1949, a eu :

— 48 injections d'extraits placentaires Filatov.

— 4 inclusions de placenta frais.

Résultat :

Avec la même correction optique :

V. : O. D. 2/10.

V. : O. G. 4/10.

Champ visuel élargi d'environ 10°.

Résultat maintenu actuellement.

Observation N° 2

Vinga Torr...., 43 ans.

Myopie progressive.

V. : O. D. 1/20.

V. : O. G. 1/20.

Avec correction :

V. : O. D. — 15 D.

V. : O. G. — 4 D.

Lésions de chorio-rétinite myopique, avec scotomes cen-

traux.

Traitement :

Au 17 janvier 1950, a eu 5 inclusions seules.

Résultat :

Disparition des scotomes et remontée de l'acuité. Avec la même correction :

V. : O. D. 1/10.

V. : O. G. 4/10.

Observation N° 3

René Fed..., 49 ans (Service Hygiène Arsenal).

Myopie.

V. : O. D. G. 2/10 avec O. D. G. (0° - 1D, 5) - 7D.

V. : O. D. G. sans correction inférieure à 1/10.

Choroïdose myopique avec lésions importantes des F. O. Rétrécissement du champ visuel et scotomes paracentraux.

Traitement :

Au 19 décembre 1949, a eu 7 inclusions seules.

Résultat :

V. : O. D. G. 3/10 sans correction.

V. : O. D. G. 7/10 avec la même correction.

Le meilleur résultat obtenu dans le service.

Observation N° 4

Victor Len..., 56 ans (T. M. Baie Ponty).

Myopie progressive de 20 D.

V. : O. D. 1/10.

V. : O. G. 1/30.

Avec cette correction.

Choroïdose myopique avec trouble du vitré et nombreux orps flottants. Foyers de choroïdite maculaire expliquant un scotome central. Rétrécissement considérable du champ visuel ; scotomes paracentraux.

Traitement :

Au 19 mars 1949, ce malade a eu :

Amunine, 3 injections par semaine, 12 au total.

20 bévitines ; véryl, 40.

Sans résultat.

Puis, le 16 décembre 1949, on commence un traitement par implants : 6 inclusions.

Fin du traitement, le 25 mai 1950.

Résultat :

Avec la même correction, V. : O. D. G. 2/10.

Disparition des scotomes, éclaircissement du vitré.

OBSERVATION N° 5

Raymond Dit... (ouvrier Baie Ponty).

Myopie.

V. : O. D. 1/10.

Avec — 10 D.

V. : O. G. 2/10.

F. O. : diminution du calibre des vaisseaux, papilles pâles, sales, aux bords imprécis. Atrophie secondaire; participation rétinienne : œdème péripapillaire exsudats au niveau des maculas. Mise au point difficile; impression de trouble du vitré.

Vu par MM. David et Puesch à Paris.

Nataf à Tunis.

A eu une ventriculographie.

Tension au Bailliart :

— O. D. 25.

— O. G. 35.

Dyschromatopsie.

Les examens de l'état général sont normaux.

On porte le diagnostic d'arachnoïdite opto-chiasmatique.

Traitement :

Début le 25 janvier 1950.

— 6 inclusions de placenta frais.

— 40 injections d'extraits placentaires.

Fin le 25 avril 1950.

Résultat :

V. : O. D. 2/10.

V. : O. G. 5/10.

A pu être mis « apte ouvrier réglementé ».

Résultat maintenu encore actuellement.

Observation N° 6

Habib Ben A..., soldat de 2e classe.
Myopie.
V. : O. D. G. 1/20 sans correction.
V. : O. D. G. 2/10 faibles avec — 8 D.
Lésions myopiques considérables des F. O
La vue baisse de jour en jour.

Traitement :

Début le 21 décembre 1949.
— 5 inclusions.
Fin le 28 février 1950.

Résultat :

V. : O. D. 3/10.
Avec la même correction.
V. : O. G1 4/10.

Observation N° 7

Mme B..., 29 ans.
Myopie progressive.
V. : O. D. G. 1/30 sans correction.
V. : O. D. G. 2/10, avec :
O. D. — 10 D.
O. G. — 11 D.
F. O. : flocons abondants, trouble du vitré, lésions de myopie.

Traitement :

Début le 6 octobre 1950.
— 6 inclusions.
Fin le 9 janvier 1951.

Résultat :

Nul. Aucune amélioration même subjective

Observation N° 8

Déb..., 57 ans (chef d'équipe) :
Myopie.
V. : O. D. G. 1/50 sans correction.
V. : O D. 1/10 faible.

V. : O. G. 2/10, avec O. D. G. — 17 D.

F. O. : foyers de choroïdite paramaculaire.

Traitement :

Début le 28 février 1950.

— 6 inclusions.

Fin le 20 janvier 1951.

Résultat :

V. : O. D. 2/10.

Avec la même correction.

V. : O. G. 3/10.

Assez mauvais résultat objectif. Mais le malade est doué d'une « euphorie » visuelle importante.

OBSERVATION N° 9

Joseph AM..., 42 ans (ouvrier Baie Ponty).

Astigmatisme myopique.

V. : O. D. G. avec correction de (90° - 1 D) - 12D, 1/10 à 2/10 flou.

Traitement :

Début le 28 novembre 1950 :

5 inclusions.

Fin le 20 février 1951.

Résultat :

Aucune amélioration objective, mais euphorie visuelle certaine.

OBSERVATION N° 10

Anna Va..., 48 ans.

Myopie.

V. : O. D., moins de 1/30 sans correction.

V. : O. G. moins de 1/30 sans correction.

V. : O. D. 1/10.

Avec — 18 D.

V. : O. G. 1/20.

Léger rétrécissement du champ visuel, scotomes. Flocons dans le vitré. Lésions de myopie importantes.

Traitement :

Début le 6 juin 1950 :

— 5 inclusions.

Fin le 21 novembre 1950.

Résultat :

V. : O. D. 2 à 3/10.

Avec la même correction.

V. : O. G. 1/10.

Disparition des scotomes. Eclaircissement du vitré. Résultat stabilisé.

Observation N° 11

Must..., 36 ans, s.-m. infirmier.

Myopie.

V. : O. D. G. 1/10 sans correction.

V. : O. D. 2/10 avec - 7D.

V. : O. G. 3/10 avec — 7 D.

F. O. : chorio-rétinite myopique. Le malade dit avoir eu un décollement de la rétine à droite. Il semble effectivement y avoir des lésions de chorio-rétinite dans le quadrant supéro-externe droit qui pourraient être l'ancienne déchirure.

Lésions vasculaires importantes bilatérales.

Traitement :

Début le 12 décembre 1950 :

— 4 inclusions.

Fin le 9 mars 1951.

Résultat :

V. : O. D. 2/10.

Avec la même correction.

V. : O. G. 7/10.

Amélioration des F. O. Résultat actuel.

Observation N° 12

Mme Buj...

Astigmatisme myopique.

V. : O. D. G. 1/50 sans correction.

V. : O. D. : 2/10 avec (90° - 4 D) — 18 D.

V. : O. G. 2/10 avec (90° - 4,5 D) — 13 D.

Lésions importantes des F. O.

Traitement :

Début le 6 mars 1950 :
— 6 inclusions.
Fin le 28 novembre 1950.

Résultat :

V. : O. D. 3/10.
Avec la même correction.
V. : O. G. 4/10.

Observation N° 13

Mme Bi... (Pont-du-Fahs).
Myopie.
V. : O. D. G. inférieure à 1/30 avec correction de — 22 D.
F. O. : staphylome myopique occupant presque tout le fond de l'œil; lésions choroïdiennes et vasculaires.

Traitement :

Début le 6 juillet 1950 :
— 8 inclusions.
Fin le 12 décembre 1950.

Résultat :

V. : O. D. 1/10.
Avec euphorie visuelle considérable.
V. : O. G. 2/10.

Observation N° 14

Armand N..., 28 ans (chef d'équipe).
Myopie.
V. : O. D. G. nulle, sans correction.
V. : O. D. 2/10, avec 20 D.
V. : O. G. 2/10 avec — 24 D.
F. O. lésions importantes de myopie évolutive.
Scotomes.

Traitement :

Début, le 8 juin 1950 :
— 8 inclusions.
Fin le 15 mars 1951.

Résultat :

Disparition des scotomes.

V. : O. D. 5/10.

Avec la même correction.

V. : O. G. 3/10 faible.

Observation N° 15

Eugène T...

Myopie.

V. : O. D. G. 1/20 sans correction.

V. : O. D. G. 2/10 à 3/10 avec — 12 D.

Grosses lésions des F. O.

Traitement :

Début le 9 juin 1950.

A la première inclusion réaction considérable, œdème des paupières, irritation conjonctivale, injection périkératique; vives douleurs.

On fait pénicilline en pommade, collyre, solution. Revu le 22 juin, diminution des douleurs et de l'irritation. N'est pas revenu.

Observation N° 16

Marcel V..., 46 ans (ouvrier réglementé).

Myopie.

V. : O. D. G. 1/10 sans correction.

V. : O. D. 2/10 avec — 9 D.

V. : O. G. 7/10 avec — 9 D.

Scotomes.

F. O. : corps flottants.

Traitement :

Début 8 août 1950.

— 8 inclusions.

Fin 20 février 1951.

Résultat :

V. : O. D. 3/10.

Avec la même correction, mais voit flou.

V. : O. G. 9/10.

F. O. : peu d'amélioration.

Plus de scotomes.

Observation N° 17

Mme P..., 32 ans.
Sourde, muette.
Myopie.
V. : O. D. 1/20.
Avec — 12 D.
V. : O. G. 1/10.
F. O. : choroïdose myopique.
Traitement :
Début, le 2 janvier 1951.
— 5 inclusions.
Fin le 13 mars 1951.
Résultat :
Douteux.
V. : O. D. 1/10.
V. : O. G. 2/10.

Observation N° 18

Mme M..., sœur d'ouvrier d'arsenal.
Myopie.
V. : O. D. G. inférieure à 1/20.
V. : O. D. 2/10 avec — 18 D.
V. : O. G. 3/10 avec — 20 D.
F. O. : staphylome myopique postérieur avec lésions de choroïdose; corps flottants.
Scotomes.
Sensation de baisse rapide de la vue.
Traitement :
Début, le 19 décembre 1950.
— 5 inclusions.
— 40 injections d'extraits.
Fin actuellement (avril 1951).
Résultat :
V. : O. D. 5/10.
Avec la même correction.
V. : O. G. 4/10.
Euphorie considérable, disparition des scotomes.

Observation N° 19

Mme M..., 60 ans.

Myopie.

V. : O. D. G. inférieure à 1/50 sans correction.

V. : O. D.

1/10 avec — 23 D.

V. : O. G.

F. O. : lésions très importantes de myopie, flou du vitré, corps flottants.

Scotomes nombreux.

Traitement :

Début, le 11 juillet 1950.

— 5 inclusions.

Fin le 13 mars 1951.

Résultat :

V. : O. D. 3/10.

Avec la même correction.

V. : O. G. 1/10.

Grosse amélioration subjective.

Observation N° 20

Pierrette M..., 20 ans (Bizerte).

Astigmatisme myopique.

Débilité mentale.

V. : O. D. 7/10 avec (45° - 4 D).

V. : O. G. nulle; voit passer les doigts.

Diplopie sans strabisme.

Traitement :

Début, le 5 décembre 1950.

— 4 inclusions.

Fin, le 20 février 1951.

Résultat :

Pas d'amélioration notable, ou du moins examen sérieux impossible.

Observation N° 21

Jean L...

Astigmatisme myopique.

V. : O. D. G. inférieure à 1/20 sans correction.

V. : O. D. G. 2/10 avec :

— O. D. (45° - 0 D, 5) — 16 D.

— O. G. (135° - 0 D, 5) — 15 D.

F. O. : staphylome myopique postérieur: corps flottants. Scotomes.

Traitement :

Début, le 30 décembre 1950.

— 5 inclusions.

Fin le 13 mars 1951.

Résultat :

V. : O. D. 3/10.

Avec la même correction.

V. : O. G. 4/10.

II. - Clinique d'Ophtalmologie de l'Hôpital Saint-André de Bordeaux

Service de M. le Professeur BEAUVIEUX.

M. le Professeur Beauvieux traite couramment des myopies graves par la thérapeutique tissulaire. Il applique strictement les procédés de préparation indiqués par le Professeur Renard.

Cependant, en général, il ne pratique pas une suture au fil, et en outre, il renouvelle les implantations; en moyenne, 8 à 10 inclusions, y associant quelquefois des injections sous-conjonctivales d'extraits placentaires, et quelquefois les injections intra-musculaires.

Sa technique se résume ainsi :

Implantations, une dizaine, mensuelles.

Injections sous-conjonctivales, deux, quatre, dans les cas graves (alternées dans chaque œil) mensuelles.

Injections intramusculaires, une vingtaine, hebdomadaires ou bi-hebdomadaires.

Voici quelques exemples des résultats obtenus.

Observation N° 1

Serge M..., 14 ans.

Astigmatisme myopique.

V. : O. D.

doigts à 1 mètre.

V. : O. G.

V. : O. D. (10° - 0,75 D) — 8 D 4/10.

V. : O. G. (0° - 0,50 D) — 8 D 4/10.

F. O. : papilles pâles, migrations pigmentaires périphériques.

Champ visuel réduit à une simple lucarne temporale.

Mouvements cloniques intermittents dextrogyres.

Léger stabisme externe de l'œil droit.

Héméralopie.

Traitement :

Début, le 6 juin 1950.

— 7 implantations.

Fin, le 21 mai 1951.

Résultat :

V. : O. D. 6/10 avec (0° - 2 D) — 8 D.

V. : O. G. 6/10 avec (165° - 1 D) — 7 D.

Légère amélioration du champ visuel. On décide de continuer le traitement.

OBSERVATION N° 2

Sœur G...

Chorio-rétinite myopique.

V. : O. D.

doigts à 1 mètre.

V. : O. G.

Donders :

V. : O. D.

Moins de 1/20, inaméliorable.

V. : O. G.

Porte :

O. D. — 15 D.

O. G. — 15 D.

Histoire de la maladie

1° En 1920 :

V. : O. D. — 12 D.

V. : O. G. — 13 D skiascopiques.

F. O. : petit staphylome mais migration de pigments, sur-

tout au voisinage de la papille.

F. O. tigré.

Cure d'atropine.

Un mois plus tard :

V. : O. D. 1/4 avec — 11 D.

V. : O. G. 1/4 avec — 11 D.

Porte alors O. D. G. — 8 D.

2° En 1921 :

Statu quo.

3° En 1923 :

V. : O. D. 0,5 faible avec — 11 D

V. : O. G. 0,4 faible avec — 11 D.

Porte alors O. D. G. — 9 D.

4° En 1925 :

V. : O. D. G. — 18 D. skiascopiques.

V. : O. D. 0,5 faible avec — 16 D.

V. : O. G. 0,4 avec — 16 D.

Porte alors O. D. G. — 11 D.

5° En 1926 :

V. : O, D. 0,6 faible avec — 16 D.

V. : O. G. 0,4 avec 16 D.

Porte alors O. D. G. — 13 D.

6° En 1929 :

V. : O. D. 0,5 avec — 18 D.

V. : O. G. 0,5 faible avec — 18 D.

Porte alors O. D. G. — 13 D.

7° En 1931 :

V. : O. D. 0,6 avec — 20 D.

V. : O. G. 0,5 avec — 20 D.

Mêmes verres.

8° En 1932 :

Porte — 14 D.

F. O. : large staphylome postérieur.

9° En 1934 :

V. : O. D. 0,6 avec — 21 D.

V. : O. G. 0,5 avec — 22 D.

Porte alors O. D. G. — 15 D.

10° En 1938 :

V. : O. D. 0,5 avec — 23 D.

V. : O. G. 0,5 avec — 24 D.

11° En 1942.

Porte O. D. G. — 20 D.

12° En 1943 :

V. : 0,4 avec — 24 D.

F. O. : O. D. G. : staphylome postérieur annulaire; lésions de chorio-rétinite myopique étendues à tout le pôle postérieur et intéressant les régions maculaires.

13° En 1944 :

Statu quo.

14° En 1945 :

V. : O. D. moins de 1/10 avec — 24 D.

V. : O. G. moins de 1/3 avec — 24 D.

F. O. : O. D : nombreuses lésions de choroïdose du pôle postérieur ayant envahi la région maculaire, y déterminant un scotome central.

O. G. : même état plus accentué.

Traitement : mercure par voie générale et calcium.

15° Le 2 février 1949 :

Début du traitement par inclusion placenaires.

— Après O. D. 1 implant.

— Après O. G. 1 implant.

champ visuel : gros scotome central bilatéral, scotome annulaire bilatéral.

O. D. 2° temporal; 25° nasal.

O. G. : 35° temporal; 25° nasal.

16° Le 17 mars 1949 :

— Après O. D. 1 implant,

— Après O. G. 2 implants

diminution nette des scotomes centraux.

17° En décembre 1949 :

On commence des injections sous-conjonctivales d'extraits placentaires.

18° Le 11 mars 1950 la malade a eu :

O. D. 4 implants + 1 injection sous-conjonctivale.

O. G. 5 implants + 1 injection sous-conjonctivale.

Résultat :

V. : O. D. 1/10 avec — 30 D.

V. : O. G. 3/10 avec — 30 D.

Champ visuel : les scotomes annulaires persistent; petit scotome para-central maculaire bilatéral.

19° Le 11 mai 1951, la malade a reçu :

O. D. 8 implants + 3 injections sous-conjonctivales.

O. G. 9 implants + 3 injections sous-conjonctivales.

Résultat :

Champ visuel : persistance du scotome annulaire; scotomes para-centraux peu amoindris.

Amélioration du sens lumineux.

Objectivement, lésions *stabilisées.*

V. : O. D. 1/10.

Avec la même correction.

V. : O. G. 3/10.

OBSERVATION N° 3

Mme Léone R..., 41 ans.

Myopie forte.

V. : O. D. G. : moins de 1/10 sans correction.

V. : O. D. inaméliorable.

V. : O. G. 4/10 avec — 12 D.

F. O. : lésions de choroïdite maculaire.

Traitement :

Début le 26 avril 1949.

— 5 implants.

Le 7 juillet 1949 :

O. D. 1/10 par intermittence, paramaculaire, avec — 14 D.

O. G. 5/10 faible, avec — 14 D.

Champ visuel : scotomes périphériques et centraux.

F. O. trouble du vitré, corps flottants.

On ajoute :

— 8 implantations.

— 2 injections sous-conjonctivales d'extraits placentaires.

Fin en décembre 1949.

Résultat :

V. : O. D. inaméliorable.

V. : O. G. 4/10 avec — 14 D.

F. O. : augmentation du scotome central droit.

Echec certain.

OBSERVATION N° 4.

Mme Marie M..., 51 ans.

Astigmatisme myopique.

En décembre 1948.

V. : O. D. 1/20.

Sans correction.

V. : O. G. 1/20.

V. : O. G. 5/10 avec (15° - 6 D).

V. : O. G. 1/10 avec (165° - 5 D).

F. O. : O. D. G. : lésions de choroïdite atrophique, et amas pigmentaires disséminés. Staphylome postérieur. Cataracte du pôle postérieur au début.

Champ visuel : rétrécissement; scotomes périphériques et centraux.

Traitement :

Début le 10 décembre 1948 :

— 5 implants à G.

— 4 implants à D.

Fin le 26 octobre 1949.

Résultat :

Malade revue le 31 mars 1950.

V. : O. D. 4/10 avec (20° - 6 D) — 1 D.

V. : O. G. 3/10 avec (170° - 6 D) — 3 D.

Champ visuel : disparition des scotomes périphériques.

F. O. : persistance d'un mince staphylome myopique.

Bon résultat ; cependant, on conseille une série d'extraits placentaires par voie intra-musculaire.

Malade revue le 4 janvier 1951 : *résultat stabilisé.*

OBSERVATION N° 5

François M..., 47 ans, facteur.

Myopie forte.

V. : O. D. moins de 1/10.

Sans correction.

V. : O. G. moins de 1/10.
V. : O. D. 2/10 paramaculaire avec — 8 D.
V. : O. G. 1/10 avec — 9 D.
Champ visuel : scotomes importants.
Pas de grosses lésions des F. O.

Traitement :

Début le 17 décembre 1948 : 1 implant à l'œil droit. Pas amélioré.

Le 6 janvier 1949 revient avec une infection au niveau de l'implantation.

Puis, le 13 janvier, 1 inclusion à l'œil gauche.

Au total :

O. D. 1 implant.
O. G. 1 implant.

Résultat :

Le 21 janvier 1949 :
V. : O. D. 2/10 avec — 8 D.

La même correction.

V. : O. G. 2/10 avec — 9 D.
Disparition des scotomes.
Assez bon résultat.

OBSERVATION N° 6

Paul P..., 23 ans.
Myopie forte.
Vu une première fois en 1934.
V. : O. D. 1/20.

Sans correction.

V. : O. G. doigts à 2 m.
V. : O. D. 1/10 avec — 12 D.
V. : O. G. 1/10 avec — 12 D.
F. O. : lésions banales de chorio-rétinite
Scotomes périphériques et centraux.
Revu en 1947.
V. : O. D. 1/10 avec — 14 D.
V. : O. G. 1/10 avec — 14 D.

Traitement :

Début le 14 mai 1948.
Un implant à l'œil droit.
Le 10 novembre 1948 :
V. : O. D. 1/10 faible avec — 15 D.
V. : O. G. 1/10 faible avec — 15 D.
D'où reprise du traitement tissulaire.
O. D. 1 implant.
O. G. 2 implants.
Le 27 janvier 1950 :
V. : O. D. 2/10 faible avec — 16 D.
V. : O. G. 2/10 faible avec — 20 D.
Champ visuel : nette diminution des scotomes.
Finalement le 17 avril 1950, le malade a eu :
O. D. 2 implants.
O. G. 2 implants.

Résultat :

V. : O. D. 2/10 avec — 16 D.
V. : O. G. 2/10 avec — 20 D.
Disparition presque complète des scotomes.
On pense poursuivre le traitement, mais le malade ne revient pas.

OBSERVATION N° 7

Mme Marcelline M..., 46 ans.
Myopie.
V. : O. D.
main à 1 m.
V. : O. G.
V. : O. D. 2/10 avec — 23 D.
V. : O. G. 3/10 avec — (65° - 0,75 D) — 18 D.
F. O. : staphylome myopique postérieur.
Scotomes.

Traitement : Début le 27 avril 1949.

O. D. 1 implant.
O. G. 1 implant.
Le 27 mai :
V. : O. D. 2/10 avec — 23 D.
V. : O. G. 5/10 faibles avec (75° - 0,75 D) — 18 D.
Finalement, a reçu le 16 mai 1950 :

O. D. 5 implants.

O. G. 2 implants.

Résultat :

En mai 1950 :

V : O. D. 2/10.

Avec la même correction.

V. : O. G. 7/10.

Puis, quatre mois plus tard, sans traitement :

V. : O. D.

Doigts à 1 m. sans correstion.

V. : O. G.

V. : O. D. 1/10 faible avec — 18 D.

V. : O. G. 5/10 faible avec — 21 D.

F. O. : persistance du staphylome myopique postérieur O. D. G.

OBSERVATION N° 8

Mlle G..., 26 ans.

Myopie.

En mai 1947 : Strabisme divergent de l'œil droit. Nystagmus de l'œil gauche.

V. : O. D. les doigts à 0 m. 50.

V. : les doigts à 0 m. 50, sans correction.

V. : O. D. 3/10 avec — 14 D.

V. : O. G. correction impossible.

Traitement spécifique institué (sirop de Gibert).

En décembre 1948 :

V. : O. D. G. statut quo, sans correction.

V. : O. D. 3/10 avec — 14 D.

V. : O. G. 1/10 faible avec — 14 D.

Rétrécissement du champ visuel, scotome périphérique b. latéral.

Traitement :

Début le 2 décembre 1948 :

Un implant à l'œil droit :

Le 1er février 1949 :

V. : O. D. 4/10 avec — 13 D.

V. : O. G. 2/10 avec — 16 D.

Puis reçoit au total :
O. D. 2 implants.
O. G. 3 implants.
Le 16 janvier 1950 :
V. : O. D. 3/10 avec — 14 D.
V. : O. G. 2/10 avec — 15 D.
On commence alors une série de 17 injections d'extraits placentaires par voie parentérale.
Le 26 février 1950.
V. : O. D. 4/10 avec — 14 D.
V. : O. G. 3/10 avec — 11 D.
On fait encore 1 implantation à chaque œil, au total :
O. D. 3 implantations.
O. G. 4 implantations.
Résultat :
Le 25 avril 1951 :
V. : O. D. G. doigts à 1 m. 50 sans correction.
V. : O. D. 4/10 avec — 14 D.
V. : O. G. 4/10 avec — 18 D.

Observation N° 9

Ricardo B..., 25 ans, infirmier.
Astigmatisme myopique. Céphalées.
V. : O. D. G. : doigts à 0 m. 50.
V. : O. D. 5/10 faibles avec (90° - 1,50 D) — 9 D.
V. : O. G. 5/10 faibles avec (90° - 1,50 D) — 5 D.
Traitement :
Début, le 20 mars 1950.
— 9 implantations.
Fin le 19 mars 1951.
Résultat :
V. : O. D. 4/10.
Avec la même correction.
V. : O. G. 4/10.
Echec certain. Peu d'amélioration subjective.

Commentaire

I. - En résumé, nous voyons donc que M. L. Viaud a traité uniquement des myopies d'au moins sept dioptries, avec lésions des fonds d'œil importantes, et anomalies du champ visuel, et souvent évolutives. Il se range, dans ce sens, à l'avis du Professeur Renard, se refusant à soigner par la thérapie tissulaire des myopies trop légères et stabilisées dans cet état.

Nous considérons comme des améliorations certaines des gains de 1/10; étant donné que, presque toujours, les malades sont satisfaits du traitement, et ont tendance à exagérer l'efficacité de la thérapeutique.

Il va sans dire que ces résultats ont d'autant plus de valeur que le défaut optique est, à l'origine, plus grand.

Ainsi, nous pouvons relever :

Améliorations de 1/10	8, soit 38 %.
Améliorations de 2/10	3, soit 14 % environ.
Améliorations de 3/10	3, soit 14 % environ.
Améliorations de 4/10	1, soit 4,5 %.
Améliorations de 5/10	1, soit 4,5 %.
Résultats douteux	2, soit 10 %.
Echecs certains	3, soit 14 % environ.

Autrement dit, 14 % d'échecs, 10 % d'améliorations douteuses, 76 % d'améliorations certaines.

II. - Dans la seconde partie, les mêmes remarques sont valables, on peut donc décompter :

Améliorations de 1/10	3, soit 33 %.
Améliorations de 2/10	3, soit 33 %.
Améliorations de 3/10	1, soit 12 %.
Echecs	2, soit 22 %.

Au total, 22 % d'échecs, 78 % d'améliorations certaines.

Cependant, notons quelques réserves : il faudrait un chapitre à part pour le cas de Sœur G... qui peut être considéré comme le meilleur résultat obtenu. En effet, il s'agit d'une myopie grave, nettement évolutive, avec signes de dégénérescence au pôle postérieur.

Et le traitement tissulaire a réussi, du moins tout porte à le penser, à stopper l'évolution et stabiliser les lésions, tout en donnant à la malade un excellent état subjectif.

D'un autre côté, remarquons dans le cadre « échecs », l'observation N° 3. Il semble que la myopie se soit aggravée. Doit-on supposer que cette aggravation est due au traitement tissulaire, ou que la thérapeutique n'a pas influencé, n'a pas freiné l'évolution de la maladie ?

Nous devons pencher pour cette dernière hypothèse : en effet, l'avis du Professeur Renard nous y incite; dans bien des cas d'améliorations, il se demande souvent si la guérison ne serait pas survenue spontanément; c'est-à-dire, qu'il juge possible de nier quelquefois l'efficacité du traitement tissulaire, disons même seulement son activité. R. de Saint-Martin, Renard et Brégeat, bien d'autres encore, en sont venus à supposer que certains placentas peuvent être actifs, d'autres non.

Par conséquent, il est sage de se ranger à un avis aussi circonspect. Et si M. le Médecin Principal Viaud a pu obtenir une amélioration de 5/10, on en vient à penser que le hasard garde sa part de ce succès étonnant.

Dans le même ordre d'idées, on peut considérer qu'en général le résultat est durable. Pourtant, le cas de l'observation N° 7 semble infirmer cette opinion. Mme M... avait, à l'origine, une myopie très forte, avec une acuité visuelle de 2/10 pour l'œil droit, 3/10 pour l'œil gauche, après une correction considérable : — 23 D et — 18 D. En fin de traitement, l'acuité est remontée à 7/10 pour l'œil gauche. On pourrait donc dire : excellent résultat. Mais quatre mois

plus tard, on examine de nouveau cette femme, et l'on constate que l'acuité a baissé de 2 10 pour l'œil gauche. Le bénéfice net reste appréciable, mais le fait demeure : l'amélioration n'était pas stable.

Quelques auteurs, Renard et Brégeat, en particulier, ont déjà signalé pareil incident. Evidemment, on peut de nouveau invoquer le hasard, et dans les observations rapportées, le cas n'est pas fréquent. Mais là encore, il faut conseiller la prudence.

CONCLUSIONS

On a tendance actuellement en France à pratiquer le traitement tissulaire selon les directives de Renard et Brégeat.

Cependant, il reste des partisans de la méthode de Filatov.

Tous les auteurs emploient uniquement le placenta, conservé, ou sec, ou frais, et ses extraits aqueux.

La plupart de ceux qui ont traité des myopies graves par la thérapeutique tissulaire, rapportent des statistiques satisfaisantes.

Et cette méthode réussit parfois là où le traitement classique a échoué.

Les résultats exposés ici paraissent concorder. Soit en résumé :

	N. cas	Amélior.	Échecs
Service de M. le Pr Beauvieux	9	78 %	22 %
Service de M. le M.-Ppl Viaud ..	21	76 %	24 %

Mais on doit admettre des réserves importantes. D'abord, les statistiques n'ont pas une valeur absolue. Elle ne sont qu'une indication. D'autant plus que le recul est moins grand. Nous rapportons des observations de cas traités il y a un an, ils ne sont pas la majorité. Pourtant, on peut en déduire des conclusions approximatives : on doit, la plupart du temps, espérer une guérison stable au moins pendant un an.

Le traitement tissulaire appliqué aux myopies graves amène dans l'ensemble une amélioration de l'acuité visuelle de 1/10 à 2/10; on observe souvent une disparition des scotomes, un élargissement du champ visuel, une meilleure vision des couleurs, des phénomènes subjectifs importants, impression d'euphorie générale, de « confort vi-

suel », pratiquement pas de régression des lésions du fond de l'œil qui, quelquefois, diminuent légèrement, la plupart du temps sont stabilisées.

Devant tous ces faits, on est amené à penser que le traitement tissulaire appliqué aux myopies graves doit rester dans l'arsenal thérapeutique des ophtalmologistes.

Mais on ne l'appliquera qu'aux myopies graves, dignes de ce nom, excluant certaines myopies sans caractère évolutif et sans atteinte accentuée du pôle postérieur. On ne pratiquera pas la thérapeutique tissulaire parce qu'un malade la demande, car dans l'idée du public un traitement de ce genre prend l'allure d'une panacée par le mystère qu'elle comporte à ses yeux, et l'on évitera bien des déceptions et des querelles.

Tant qu'on n'aura pas élucidé le mode d'action des implants, on ne pourra préciser exactement dans quels cas et à quelles doses les employer. Les directives actuelles se basent surtout sur des notions empiriques.

Pourtant, les faits subsistent. Comme l'a dit si bien M. le Professeur Beauvieux, un enthousiasme délirant serait nuisible, la thérapeutique tissulaire est encore dans l'enfance, il faut en appeler à l'honnêteté des praticiens pour la dégager des nuages et l'empêcher de devenir une opprobre et une honte de la médecine française.

Mais cette réserve n'exclut pas la foi dans l'avenir.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu
Bordeaux, le 7 juillet 1951.
P. le Doyen :
L'Assesseur.
L. CHELLE

Vu, le Président du Jury,
J. BEAUVIEUX.

Vu et permis d'imprimer.
Bordeaux, le 10 juillet 1951.
Le Recteur,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Algan (B.). — La thérapeutique tissulaire. Ses applications en ophtalmologie. (Thèse, Nancy, juillet 1949).

Arruga. — La thérapeutique par les produits de désintégration des tissus selon Filatov. (*A. Soc. O. H. A.*, avril 1948, p. 353).

Basterra. — La thérapeutique tissulaire en ophtalmologie. (*A. Soc. O. H. A.*, avril 1943).

Bègue et Mauler. — Que faut-il attendre des inclusions placentaires ? (*Bull. S. O. F.*, mai 1950, n° 5, p. 415).

Bietti et Nizetic. — Thérapie tissulaire selon Filatov dans les affections chorio-rétiniennes. (36e Congrès Soc. Opht. Ital., 1947).

Blatt (N.). — La thérapeutique tissulaire intra-capsulo-ténonnienne, avec le placenta de fœtus, dans les affections oculaires du pôle postérieur. (*Bull. S. O. F.*, mai 1950, n° 5, p. 419).

Blum (A.) et Blum (J.). — Soc. Opht. de Bordeaux et du Sud-Ouest. (Séance du 6 nov. 1949).

Calmettes, Deodati et Tabarly. — Résultats de thérapeutique tissulaire. (*Bull. S. O. F.*, mai 1950, n° 5, p. 419).

Chentzov. — Le traitement par transplantation de peau. (Viestnick Oftalmologic, 22 avril 1943, *in R. G. O.*, n° 5, p. 567, 1948).

— La thérapeutique tissulaire d'après les données ophtalmologiques du Premier Institut Médical de Moscou. (Viestnick Oftalmologic, 25 janv. 1946, *in R. G. O.*, n° 5, p. 567, 1948).

Conti. — Le traitement tissulaire de Filatov dans la myopie forte. (Soc. Tosco-Umbro-Emiliana dit Opht., oct. 48; *Ann. d'Ocul.*, juillet 49, p. 540).

Debrousse (J.-Y.). — Inclusions placentaires en clientèle courante (S. O. F., mai 1950, *Bull.* n° 5, p. 416).

Dehorter-Duez. — Résultats de thérapeutique tissulaire (Soc. Opht. du Nord, janvier 1949. *Bull.* p. 172).

Déjean. — Premiers cas de thérapeutique tissulaire. (Soc. Opht. du Midi de la France, le 23 janvier 1049).

Déjean et Gassenc. — Remarques sur nos essais de thérapeutique tissulaire et sur les résultats obtenus. (*Bull. S. O. F.*, mai 1950, n° 5, p. 393).

Desvignes. — La thérapeutique tissulaire en ophtalmologie (*Année Médicale pratique*, 1948).

Dobrovic. — Tissue therapy with fœtal maternal. (45,319, 21 mai 1947, *in Olftalmic literature*, mars 1948, p. 415).

Dollfuss, Barrois et Duplessis de Grenedan. — La thérapeutique tissulaire de Filatov appliquée à la rétinite pigmentaire et à la myopie forte. (*Ann. d'Ocul.*, 1947, p. 681).

Durix. — La thérapeutique tissulaire en ophtalmologie (méthode Filatov). (Thèse, Lyon, octobre 1949).

Eddjan (M.). — Injections rétro-bulbaires d'extrait aqueux de placenta dans la rétinite pigmentaire et la myopie forte. (S. O. P. 18, XII-48).

Filatov (V.-P.). — Optical transplantation of cornea and tissue therapy. State publishers of medical literature (Moscou, 1945).

— Instruction pour la préparation et l'application des stimulants biogènes selon la méthode de l'académicien Filatov. (Ministère de la Santé Publique. Odessa, 1946).

— Les méthodes de thérapeutique tissulaire. Les stimulants biogéniques. (Viestnic Oftalmologic, 25 janvier 1946, *in R. G. O.*, 1948, n° 5, p. 567; *Excerpta Medica*, XII, juin 1947, p. 49).

— De la thérapeutique tissulaire d'après Filatov (*Oftalmologuitchesky Journal*, 1-5-29-31, 1946, *in R. G. O.*, 1948, p. 348).

Filatov (V.-P.), Biber et Skorodinskaia. — Une source nouvelle de stimulants biogènes. (*Oft. Journal*, 1er juin 1946, pp. 7-12 et *Arch. d'Opht.*, 1946, p. 237, analyse par Goldmann).

Filatov (V.-P.). — Quelques problèmes de thérapeutique oculaire (*Oft. Journal* 1-3, *in Arch. d'Opht.*, 1946, t. 8, p. 345).

Filatov (V.-P.) et Verbitska. — Implantations de foie conservé. (Ann. Sov. Med. Rev., *in R. G. O.* 1949, p. 390).

Filatov (V.-P.). — La thérapeutique tissulaire. (*Le Médecin Français*, janv. 1951, n° 1, p. 3).

Freson. — Thérapeutique tissulaire. (Soc. Belge d'Opht., juin 1948, *Bull.*, p. 430).

François (Gand). — Que faut-il penser de la thérapeutique tissulaire ? (S. O. F., mai 1950, *Bull.*, n° 5, p. 379).

Fay-Keller. — Thèse, Paris, 1950.

Fromaget et Giffo. — Traitement des myopies graves par injection d'extraits de placenta conservé. (Soc. rég. d'Opht. Bordeaux, avril 1949. *Ann. d'Ocul.*, juillet 1949, p. 530).

Gaudin. — La thérapeutique tissulaire en ophtalmologie. (Thèse, Paris, juillet 1949).

Grancini (d'après). — Placenta frais ou placenta Filatov ? (*Ann. d'Histothérapie*, avril 50, n° 3).

Guillaumat et Ferrez. — Quelques résultats de la thérapeutique tissulaire (implantations placentaires sous-conjonctivales) dans les affections oculaires (*Bull. S. O. F.*, mai 1950, n° 5, p. 348).

Jayle. — Inclusions de placenta et myopie forte. (Soc. d'Opht. du Midi, 23 janvier 1949).

Jebejian (R.). — La thérapie tissulaire dans les diverses affections oculaires. (*Ann. d'Ocul.*, sept. 1949, p. 658).

Joseph, Offret et Meaux. — Réflexions sur la thérapeutique tissulaire (S. O. F., mai 1950, *Bull.*, n° 5, p. 409).

Koutseff (A.). — A propos de la thérapeutique tissulaire (traduction des travaux de V.-P. Filatov, *in Journal d'Opht.*, n° 3, 1947-1948).

Lausseure. — La thérapeutique tissulaire de Filatov (brochure éditée par la Société de Chimie Appliquée, Monaco).

Magitot. — Thérapeutique des tissus. (*Ann. d'Ocul.*, 1947-1948, p. 360).

Matavulj. — L'application du traitement tissulaire en ophtalmologie (S. O. P., mai 1948, *Bull.*, p. 260, *R. G. O.*, 1948, p. 517).

Mercier. — Premiers essais de tissuthérapie. (Soc. Opht. de l'Ouest, novembre 1947, *Bull.*, avril 48, p. 133).

— Opinion basée sur trois années de thérapeutique tissulaire. (S. O. F., mai 1950, *Bull.*, n° 5, p. 397).

Musini. — Premiers résultats de la thérapeutique tissulaire (Milan, 1948).

Mussio-Fournier, Cerrino et Conti. — *Bull. de l'Académie de Médecine*, Paris, t. 120, n° 38, p. 770.

— *La Presse Médicale*, n° 48, mai 1939.

— *Endocrinology*, vol. 28, 1941, p. 513.

— *Endocrinology*, vol. III, juin 1943, pp. 353, 356.

Offret et Elahjan. — Injections rétro-bulbaires de l'extrait aqueux de placenta dans la rétinite pigmentaire et la myopie forte. (S. O. P., oct., 1948. *Bull. S. O. P.* p. 761).

Ormuechla et Talayero. — L'histothérapie en ophtalmologie (Barcelone, 1949).

Plichet et Avakian. — Le traitement tissulaire. (*Presse Médicale*, oct. 1947, p. 696).

Renard et Bregeat. — Nos premiers cas de greffe placentaire sous-conjonctivale dans les dégénérescences tapéto-rétiniennes, (S. F. O., 1947; *Bull.*, p. 426).

Renard. — La thérapeutique tissulaire en ophtalmologie. (Rapport à la S. O. F., Nancy, mai 1950. *Bull.*, n° 5 ; *Ann. d'Ocul.*, oct. 1950, n° 10; *Ann. d'Histoth.*, avril, 1950, n° 4).

Saint-Martin (R. de). — Technique de la préparation du placenta pour injections intra-musculaires (technique de Filatov). (*Bull. S. F. O.*, 1948).

— La thérapeutique des tissus dans la myopie compliquée. (S. F. O., 1949).

— Comment conduire le traitement tissulaire. (*Ann. d'Ocul.*, 1-1, 1950).

Sarrazin (L.). — Deux ans de thérapie tissulaire (*Bull. S. O. F., mai* 1950, n° 5, p. 344).

Teulières et Houssin (J.). — Etude du champ visuel et du sens lumineux dans les implantations placentaires. (Soc. Rég. d'Opht., Bordeaux, avril 1949, *Ann. d'Ocul.*, juillet 1949, p. 530).

Thomas. Cordier, Algan. — Les indications des inclusions placentaires sous-conjonctivales d'après nos observations. (*Bull. S. O. F.*, mai 1950, N° 5, p. 420).

Thomas. — Trépan-trocart pour inclusions tissulaires sous-conjonctivales. (*Bull. S. O. F.*, mai 1950, N° 5, p. 423).

Toulant (Mlle). — La thérapeutique tissulaire en ophtalmologie. (*Arch. d'Opht.*, 1948, p. 33).

Valière-Vialeix. — Mon expérience de la thérapeutique tissulaire (*Bull. S. O. F.*, mai 1950, N° 5, p. 400).

Wertheimer, Gauthier et Marek. — A propos des traitements tissulaires d'après les procédés de Filatov. (*La Presse Médicale*, avril 1948, p. 301).